

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 100

De la " PROSTATITE RESTANTE "

Complication

de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX CHEVALIER

Né le 1^{er} mai 1889, à Pont-de-Beauvoisin (Isère)



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE »

16, Place Marengo, 16

1914

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 100

De la " PROSTATITE RESTANTE "

Complication

de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX CHEVALIER

Né le 1^{er} mai 1889, à Pont-de-Beauvoisin (Isère)



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE »

16, Place Marengo, 16

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophthalmologique.....		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		X...
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	ag.
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARGET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THÉVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TEISSIER, Président; ROCHET, Assesseur; THÉVENOT (Lucien) et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Grand-Père

LE DOCTEUR ANTHELME CHEVALIER

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A mon Père

LE DOCTEUR HENRI CHEVALIER

Ce modeste travail constituera un
peu de ma dette de reconnaissance
pour son affection dévouée et son
admirable enseignement.

A mon Frère aîné

M^e ANTHELME CHEVALIER

Notaire, à Pont-de-Beauvoisin (Savoie)

A mon Frère

LE DOCTEUR ALBERT CHEVALIER

à Pont-de-Beauvoisin (Savoie)

Qui m'a précédé dans la tradition
médicale.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A la Mémoire d'un Maître vénéré

LE PROFESSEUR JABOULAY

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR J. TESSIER

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon
Associé national de l'Académie de Médecine.

*A mes Maîtres dans les Hôpitaux
et à la Faculté de Médecine de Lyon*

*A mes Chefs de service
au cours de mes trois années d'internat
dans les Hôpitaux de Saint-Etienne*

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail et la plus grande partie des matériaux nous ont été fournis par M. le docteur Gauthier, chirurgien à l'hôpital Saint-Luc. Il a bien voulu, en dehors des leçons officielles, mettre à notre service son enseignement pratique.

Nous lui savons gré ici de cette double marque d'intérêt et l'en remercions sincèrement.

M. le docteur Le Für, de Paris, a mis le plus aimablement du monde à notre disposition ses notes et ses observations. Nous avons pris des idées dans les premières et publié in extenso les secondes. Grâce à lui, ce travail présente une étendue plus grande. Qu'il veuille bien trouver dans ces quelques lignes l'expression de toute notre gratitude.

M. le professeur agrégé Marion nous a fait part d'une observation publiée par lui, qui vient corroborer les faits que nous présentons. Nous lui sommes

reconnaissant d'avoir répondu avec tant d'obligeance à la lettre que nous lui adressions en nous indiquant sa publication relative à ce qui nous intéresse.

M. le docteur Freyer, quoique ne partageant pas du tout les idées dont nous lui faisons part, a daigné nous répondre avec amabilité. Nous l'en remercions beaucoup.

Nous adressons au docteur Pousson, de Bordeaux, tous nos remerciements également pour sa réponse aussi courtoise que rapide à notre missive d'enquête.

INTRODUCTION

Lorsque Freyer fit, en 1900, sa première tentative « d'énucléation totale de la prostate hypertrophiée » par la voie transvésicale, il essayait de perfectionner l'opération faite, en 1886, par Belfield, en Amérique, et, deux ans avant, par Mac Gill, en Angleterre, suivant la méthode dont Amussat avait été, en 1827, l'innovateur involontaire au cours d'une taille sus-pubienne pour calcul de la vessie.

Ces deux opérateurs, américain et anglais, par la voie sus-pubienne, enlevaient seulement les parties de la prostate hypertrophiée, proéminentes dans la vessie. L'intervention, qui donnait d'abord une forte mortalité, avait comme autres inconvénients, dans les cas heureux, de ne pas faire recouvrer au malade l'usage volontaire de sa vessie, et de laisser le champ trop facile à la production nouvelle d'hypertrophies secondaires.

Par son nouveau procédé, Freyer enlevait toute l'hypertrophie. Il donnait ainsi à ses opérés un résul-

tat fonctionnel bien meilleur, non seulement que ses devanciers dans la voie sus-pubienne, mais encore et surtout que les opérateurs en général qui, eux, passaient traditionnellement par la voie périnéale, alors la seule vraiment usitée.

Après un temps d'incertitude et d'abandon, l'opération nouvelle finit par se généraliser et trouver, en France comme ailleurs, un grand nombre d'adeptes. Elle présentait, de fait, sur l'opération périnéale généralement pratiquée, de sérieux avantages. Mais peu à peu, cependant, on en vit les inconvénients, que l'on signala au fur et à mesure.

Actuellement, ces inconvénients sont de deux ordres. Les uns sont imputables à la voie suivie, seulement ; les autres, à la fois à cette voie et à ce fait que si l'énucléation transvésicale enlève toute l'hypertrophie prostatique, elle laisse cependant subsister toute la prostate saine.

Parmi les inconvénients relevant à la fois de ces causes, se place une complication non encore signalée jusqu'ici : l'inflammation et la suppuration post-opératoire de cette prostate restante.

C'est cette complication de la prostatectomie par le procédé dit de Freyer que nous avons l'intention d'étudier.

Mais avant de parler de « prostatite restante », nous essaierons de situer cette complication parmi celles généralement connues de l'intervention transvésicale ; puis, nous ferons l'exposé des théories anatomo-pathologiques de l'hypertrophie, nous reliant en passant à celle qui, actuellement, semble la

mieux établie. Une fois admise, cette survivance de la prostate après prostatectomie sus-pubienne (malgré l'opinion de Freyer niant cette survivance), se trouvera légitimé notre titre :

« *De la prostatite restante* »

« *Complication de la prostatectomie haute pour adénomes* »

L'étude clinique et anatomo-pathologique de cette prostatite restante, son origine infectieuse, son pronostic et son traitement, seront les chapitres successivement envisagés.

Nous apportons neuf observations de prostatites restantes, soit aiguës, soit chroniques. Quatre sont dues à M. le docteur Le Für et seront reproduites *in extenso* d'après le manuscrit qu'il mit à notre disposition de la plus aimable façon. Les cinq autres appartiennent à M. le docteur Gauthier. L'une d'elles fut présentée, deux autres signalées par lui au Congrès international d'urologie de Londres 1911. Nous avons l'honneur de suivre actuellement avec lui les deux dernières.



De la " PROSTATITE RESTANTE "

Complication
de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome

CHAPITRE PREMIER

Avantages et inconvénients de la prostatectomie sus-pubienne

Actuellement, la prostatectomie sus-pubienne présente sur la périnéale une série d'avantages qui ne sont pas contestables.

D'abord, elle est beaucoup plus rapide et plus facile, résultat appréciable, puisqu'elle se pratique sur des sujets relativement âgés.

C'est ensuite une opération plus complète. Elle permet d'atteindre et d'enlever les glandes intérieures péricervicales, alors que pour ce faire la périnéale oblige à de plus grands désordres et n'y parvient pas toujours.

En outre, et cet avantage n'est pas un des moindres auxquels s'intéresse le malade, elle permet à bon

nombre de ces opérés de conserver des fonctions génitales, ou tout au moins sexuelles, relativement complètes; avantage presque inconnu de la périnéale.

Enfin, le résultat fonctionnel obtenu par elle est bien meilleur. Et c'est là vraiment sa supériorité. Non seulement les opérés évacuent alors plus facilement leur vessie, mais bien plus complètement. Nombreux sont les cas où, après une prostatectomie transvésicale, les malades n'ont plus qu'un résidu vésical insignifiant, de quelques grammes souvent, tandis qu'avec l'opération ancienne, par le périnée, on trouve encore des résidus de 150 grammes et plus.

Mais il nous semble que ce soit la fin de la liste des avantages. A côté, en effet, de ces raisons très favorables, nous trouvons une série d'inconvénients qui méritent d'être signalés.

Nous passerons rapidement sur le temps plus long que réclame, pour se fermer, la plaie hypogastrique, alors que la plaie périnéale, sitôt débarrassée des drains qui l'occupent, commence à affronter ses bords.

Les rétrécissements secondaires, avec irrégularité et déviation du canal ou encore les véritables rideaux muqueux à l'embouchure nouvelle uréthrovésicale, ont été signalés pour la difficulté très grande qu'ils opposent au médecin lorsqu'il cherche à conserver à son malade, par des cathétérismes progressifs, un canal correct.

Les hémorragies souvent redoutables ont surtout été un obstacle dans les débuts de cette opération. Il est certain qu'actuellement on les craint moins,

ayant appris à les combattre et à les arrêter par un tamponnement serré.

L'événtration de la ligne médiane avec paroi vésicale venant affleurer sous la peau, au travers des droits, peut également, chez les obèses à paroi flasque, compromettre un peu la force de ces opérés. Il est vrai, qu'en général, le prostatectomisé a franchi l'étape pénible de sa vie et que, désormais, l'effort musculaire sera moins fréquent pour lui.

Un inconvénient plus grave est, d'une façon générale, l'infection. Qu'il s'agisse d'accidents infectieux se manifestant loin du foyer opératoire, ou d'accidents locaux éclatant aux abords de cette loge, tous sont également redoutables.

Les foyers broncho-pneumoniques peuvent se déclarer ici, comme dans toutes les opérations faites sur des sujets âgés, d'autant que, comme pour les infections dont nous allons parler, ils trouvent un terrain souvent tout préparé dans l'obstacle prostatique et la fermentation urinaire qui s'accumule en amont.

La pyélonéphrite, qui peut survenir dans les deux, se manifeste cependant plus fréquemment dans la sus-pubienne.

L'orchite épидидymaire paraît être plus souvent le fait de la transvésicale. A ce propos, il est intéressant de signaler la fréquence d'association de l'épididymite et de la prostatite en dehors de l'hypertrophie prostatique. Ne serait-on pas en droit de se demander, lorsque l'épididymite s'installe à la suite d'une intervention transvésicale sur la prostate, le rapport de

cause à effet de cette dernière sur l'opposition de l'épididymite ?

La péricystite est un grave inconvénient signalé par beaucoup de chirurgiens. Outre que dans les formes graves elle peut entraîner la mort, elle retarde toujours la guérison, parce qu'elle décolle et infiltre les tissus périvésicaux et favorise la fistulisation. Il est vrai que contre elle on peut lutter. D'aucuns proposent de coudre la tranche vésicale à la paroi, d'autres de ne pas décoller la vessie des tissus et surtout, après l'opération, de laisser sept à huit jours le gros tube de Freyer qui, en comprimant les deux tranches vésicales, empêche l'infiltration.

L'infection de la loge opératoire avec fermentation des urines et formation de calculs phosphatiques souvent très près a été signalée assez souvent.

Ces calculs peuvent nécessiter, soit par les hématuries avec pyurie qu'ils entraînent, soit par l'obstacle qu'ils opposent à l'écoulement des urines, une seconde intervention qui se fera par la voie périnéale ou par la voie haute.

Enfin, et c'est là le point qui nous arrêtera entre tous, la pyurie consécutive complique toujours et bien plus longtemps que dans la périnéale, le passage à travers la vessie. Mais cette pyurie consécutive est, peut-on dire, normale. Tous les opérateurs, en effet, la signalent comme un fait constant, nous oserions même dire inévitable.

Un drainage sérieux intra-vésical suivi immédiatement de grands lavages vésicaux au nitrate d'argent en solution faible, l'établissement d'une sonde

à demeure vers le 15^e jour, le cathétérisme progressif et systématique du canal ont, en général, raison de cette pyurie. Habituellement, lorsqu'au bout d'un mois, un mois et demi au plus, les malades quittent hôpital ou maison de santé, ils ont vu réapparaître, perdue souvent depuis de longs mois, la clarté d'urines s'évacuant enfin à leur guise.

Quelques-uns, cependant, gardent, après trois, quatre mois et plus, du pus dans les urines. D'autres encore ont de véritables accès pyuriques plus ou moins rapprochés de l'opération, avec fièvre, frissons, langue sèche, mauvais état général.

Ceux-ci relèvent immédiatement du médecin, car ce sont des aigus.

Les premiers, au contraire, évoluent de façon torpide et, n'étant le pus de leurs urines, sont gens tout à fait dispos. En effet, ils commandent bien leur vessie, l'évacuent sans peine avec un jet assez bon, n'ont qu'un résidu insignifiant ou nul. Ils ont un bon état général ; mais, lorsqu'ils reviennent quelque temps après chez leur médecin se « faire voir », celui-ci leur trouve des urines purulentes, avec des grumeaux et des filaments, notamment dans le premier verre.

Si, parmi ces derniers, quelques-uns sont assez philosophes pour se contenter d'un moindre mal et s'en aller ainsi tout heureux de pouvoir pisser à leur aise, d'autres veulent un résultat parfait en tous points. Alors le chirurgien cherche l'explication de cette pyurie persistante. Il se rappelle ne pas l'avoir rencontrée dans les interventions par le périnée, et

il se demande à quoi l'attribuer. Il examine vessie, uretères. Il ne trouve ni à l'une ni aux autres l'explication désirée. Du reste, son malade, au point de vue clinique, n'est pas un infecté. Il n'a d'autres symptômes que cette pyurie persistante.

C'est sur cette pyurie persistante, chez un malade prostatectomisé par lui à la méthode haute, que fut attirée en 1910 l'attention du docteur Gauthier. Après des examens successifs venant détruire chacune de ses hypothèses, il en fut amené, par symptomatologie toute spéciale et en se basant sur l'étude des données anatomo-pathologiques de l'hypertrophie de la prostate, à se demander s'il n'avait pas affaire à une prostatite.

Cette hypothèse, pour être admise, nécessitait qu'on admît d'abord l'existence d'une prostate restante à la suite de la prostatectomie.

Et cela nous amène obligatoirement à étudier la nature même de l'hypertrophie de la prostate, à voir si microscopiquement elle relève de la sclérose, de l'inflammation ou de la néoplasie. Une fois ceci discuté et tranché par l'étude anatomo-pathologique, il nous faudra montrer qu'autour de cette hypertrophie, le doigt du chirurgien laisse une prostate normale. Alors nous aurons le droit, après élimination successive, de donner pour cause à la pyurie restante anormale la « prostatite restante ».

CHAPITRE II

Anatomo-pathologie de l'hypertrophie prostatique

L'anatomo-pathologie de l'hypertrophie prostatique est, peut-on dire, une conquête moderne. Sans remonter, en effet, jusqu'au seizième siècle, où l'on commence à étudier la question avec détail, les travaux qui suivirent durant trois siècles ne firent que préparer le terrain pour les discussions de ces vingt-cinq dernières années.

Ces discussions seront basées successivement sur les lois de l'artério-sclérose, le processus inflammatoire, et enfin les néoformations d'origine embryonnaire.

La théorie de l'hypertrophie prostatique par lésions d'artério-sclérose fut soutenue surtout par Guyon. Après avoir été longtemps admise, elle a cédé peu à peu aux critiques pour faire place, dans ces dernières années, à des théories plus modernes, nous voulons dire fondées sur une étude plus intime

des modifications anatomo-pathologiques de l'affection.

En 1899, Ciecanowski admettait la nature inflammatoire de l'hypertrophie. Il basait son affirmation sur 60 cas d'hypertrophie chez lesquels l'examen microscopique montrait uniquement une prolifération avec agrandissement des espaces glandulaires et envahissement de cellules migratrices. Mais tout ceci constitue l'apanage de la prostatite banale et l'auteur semble avoir un instant confondu prostatite et hypertrophie de la prostate.

Albarran, Hallé, Moulin, Motz font de l'hypertrophie une tumeur adénomateuse ou fibro-adénomateuse. Et c'est ici le dernier pas fait dans cette étude. Ces auteurs et toute l'école de Necker, d'une façon générale, ont montré que l'examen microscopique révélait non plus de l'athérome prostatique ou des lésions d'inflammation avec cellules embryonnaires et altérations des espaces glandulaires et du stroma, mais bien toute une série de néoformations vraies. Le mot était prononcé ; l'hypertrophie devenait une tumeur. Restait à savoir si cette tumeur était maligne ou bénigne, et quelle portion de la prostate elle frappait plus spécialement.

Tous admettent, en général, qu'il s'agit d'adénome, mais, pour quelques-uns, cet adénome peut frapper aussi souvent les glandes périurétrales que la prostate elle-même. C'est là l'opinion soutenue surtout par Freudenberg, Cuneo, Marion. Les autres, avec Motz, Albarran, Freyer, pensent que la prostate proprement dite fait les frais de la tumeur. Mais,

pour eux aussi, la tumeur est toujours bénigne et ne frappe qu'une partie bien spéciale de la glande, la partie entourant le prolongement musculaire du sphincter lisse de la vessie, laissant le reste intact et le refoulant.

Ils montrent, en effet, qu'on a, soit une néoformation glandulaire avec dilatation de quelques acini et prolifération épithéliale : c'est l'adénome simple, soit une néoformation glandulaire entourée d'autres néoformations fibreuses celles-là et concentriques aux premières : c'est la forme mixte, l'adénofibrome avec son élément essentiel et caractéristique, le corps sphéroïde. On peut avoir enfin un stade purement fibreux avec juste quelques débris glandulaires perdus çà et là dans la masse conjonctive proliférée. C'est le fibrome prostatique. Mais, quelle que soit la forme, on a toujours affaire à une tumeur localisée isolable du reste demeuré sain de la glande ; à une tumeur bénigne.

Pour Freyer, cette théorie semble bien avoir ses préférences, avec cependant une restriction notable. Il admet la nature néoplasique de l'affection, mais, d'après lui, la glande toute entière est altérée et hypertrophiée par les néoformations glandulaires ou fibreuses. Sur son pourtour, on ne trouve pas, au contraire de ce que pense l'école française, de la glande saine, mais bien simplement une pseudocapsule fibreuse, épaissie, entourant, suivant son expression, les deux lobes hypertrophiés de la glande comme l'écorce d'une orange en entoure la partie comestible.

Et c'est pourquoi, lorsqu'il fait la prostatectomie transvésicale par son procédé, il prétend faire une opération complète. Non seulement, dit-il, il enlève l'adéno-fibrome ou myome, mais il enlève toute la glande, ne laissant rien qu'une capsule fibreuse. Le sillon d'énucléation, ou, si l'on veut, de clivage, que suit le doigt pour ramener la tumeur est un sillon fictif que le doigt creuse au travers d'adhérences fibro-conjonctives allant de cette capsule propre à la glande et vice versa.

L'école de Necker, avec les auteurs cités précédemment, comme nous l'avons déjà fait entrevoir, n'admettent pas cette idée. Pour eux, et d'ores et déjà nous nous rangeons à leur avis, la grosse masse de la glande prostatique, celle qu'on atteint par le toucher rectal, n'est pas envahie par la tumeur mais bien refoulée par elle.

Seules les glandes sous-cervicales et les glandes périurétrales centrales ou la portion avoisinant le prolongement sphinctérien sont victimes du travail de néoplasie. Entre elles et le reste de la glande s'étend une couche fibro-musculaire, prolongement du sphincter lisse de la vessie. Le reste de la glande se comporte comme toutes les autres glandes de l'organisme (le sein en particulier) où l'on trouve l'adénome. Il s'isole, se répartit sur le pourtour, en un mot est refoulé, constituant alors cette pseudo-capsule que nous avons vu prendre pour du tissu fibreux par Freyer.

Et là nous atteignons au point capital pour nous de la discussion, point auquel il nous fallait parvenir

et qui nous permettra, si nous le tranchons avec l'école de Necker, de prouver que la pyurie persistante dont nous parlerons, vient bien d'une « prostatite restante ».

Eh bien ! les coupes anatomo-pathologiques et les vérifications faites après opération, sur lesquelles s'appuie l'école de Necker pour dire : hypertrophie de la prostate égale néoplasie bénigne, nous semblent assez concluantes. L'enclavement de la tumeur adénomateuse dans une prostate restée saine, mais refoulée, nous paraît également indiscutable. Ne retrouve-t-on pas, en effet, par le toucher rectal, sur le malade prostatectomisé et guéri, le V prostatique normal reconstitué ?

Le développement de prostatites consécutives n'en n'est-il pas la meilleure preuve ? Le professeur agrégé Marion cite (1) le cas suivant : Trois ans après avoir enlevé, par la voie sus-pubienne, un adénome prostatique, il est appelé auprès de son malade qui ressent d'atroces douleurs dans le fondement, en même temps qu'il commence de la rétention aiguë. Un examen éliminatoire fait immédiatement dire « prostatite » : le toucher rectal vient confirmer ce diagnostic et, en quelques jours de traitement par le massage, le malade est complètement guéri.

Donc, lorsqu'on fait, par le procédé de Freyer, l'énucléation digitale d'un ou de plusieurs noyaux adénomateux d'une prostate, on n'enlève pas toute la glande. Seuls ces noyaux néoplasiques et la partie

(1) *Journal d'Urologie*, 1912, page 783.

supérieure de l'urèthre prostatique viennent, isolés qu'ils sont, de la glande saine et refoulée à la périphérie par une pseudo-capsule fibro-musculaire, continuation du sphincter lisse de la vessie. Une partie en *veru montanum* persiste avec les canaux éjaculateurs.

Masse-t-on cette prostate restante légèrement, on fait sourdre au méat du liquide prostatique. Rien alors d'étonnant, mais surtout de contradictoire, à ce que cette prostate puisse s'enflammer et suppurer, réalisant ainsi la « prostatite restante » dont le principal symptôme fonctionnel pour les formes chroniques est la pyurie persistante torpide sans état général, tandis que la forme aiguë se révèle par un véritable abcès prostatique évoluant à grand fracas.

CHAPITRE III

Symptomatologie de la “prostatite restante”

Cette étude comprend deux formes bien distinctes : la forme aiguë et la forme subaiguë et chronique.

La forme aiguë survient ordinairement entre le quinzième et le quarantième jour après l'opération. Celle-ci a généralement bien marché ; les suites directes ont été bonnes. C'est après la mise de la sonde à demeure que tout se gâte. Les urines changent et deviennent troubles ; le malade se sent moins bien, il maigrit, a des frissons correspondant à des élévations thermiques à 39° et 39° 5. La langue est sèche. De plus, il souffre dans le fondement de véritables épreintes. La miction, la défécation sont douloureuses ; la miction, de simplement difficile au début, devient totalement impossible et s'installe souvent une nouvelle crise de rétention. Au toucher rectal, on sent une prostate dure, bosselée, sensible à la pression. Le massage ramène au méat du liquide

prostatique mêlé de pus. Cet état, s'il est laissé à lui-même, va s'aggravant et l'infection de la glande amène rapidement la formation d'un véritable abcès prostatique qu'il faudra ouvrir par les procédés habituels. Cet abcès peut s'accompagner d'orchite par propagation, orchite pouvant amener la fonte purulente du testicule.

La forme subaiguë et chronique est beaucoup moins sombre comme tableau. D'abord elle débute plus tardivement que la première. Le malade, au lieu de voir ses urines se clarifier comme d'habitude vers la fin de la troisième semaine ou au plus tard au milieu du premier mois, continue à pisser du pus.

Les urines émises dans deux verres différents contiennent du pus dans les deux, mais beaucoup plus dans le premier, surtout si le malade a eu soin de ne pas le remplir ; on y voit du pus, des filaments, des grumeaux.

Le toucher rectal fait sentir une prostate dure, bosselée : son massage fait sourdre au méat du liquide prostatique mêlé de filaments, mais pas de pus véritable.

Si on masse la prostate après avoir rempli la vessie de liquide antiseptique clair, oxycyanure par exemple, on voit à la miction ce liquide sale, contenant des grumeaux, des filaments.

Cette pyurie ne s'accompagne pas d'état général. A peine, quelquefois, une ou deux élévations thermiques, à 38°, 38° 5 au maximum, et sans lendemain. Pas de frisson, pas de signe d'infection. En somme, un seul symptôme fonctionnel net : la

pyurie persistante, spontanée et provoquée sans écoulement urétral, sans rien aux organes urinaires pouvant l'expliquer.

Une telle étude clinique ne peut être, du reste, malgré sa faible symptomatologie, établie que sur un examen éliminatoire complet de tous les organes génito-urinaires, tant pour la forme aiguë que pour la forme subaiguë ou chronique.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Prostatite chronique. — Lorsque M. le docteur Gauthier constata la persistance de la pyurie chez son premier malade, il se livra successivement à toutes les hypothèses pouvant l'expliquer.

Le malade n'avait pas d'état général, pas de fièvre, pas de frisson, pas de perte d'appétit, il urinait normalement, ce n'était donc pas un grand infecté.

Mais le pus pouvait venir des reins : ceux-ci n'étaient pas sentis, en plus et surtout le cathétérisme des deux uretères fut négatif. La vessie fut examinée au cystoscope, on trouva tout juste dans la région péricervicale une légère rougeur qui ne pouvait pas expliquer cette pyurie. Le canal urétral antérieur n'était pas infecté secondairement. Il n'y avait pas d'urétrite postérieure, car de nombreuses instillations avaient été infructueuses.

Restait donc à examiner la prostate. Pour cela, on fit d'abord pisser le malade dans deux verres, mais très peu dans le premier. L'urine contenait dans

tous deux du pus, des filaments, mais en plus grande abondance dans le premier. Le toucher rectal montra la reconstitution d'un V glandulaire de dimensions normales d'adulte. Seule, la consistance n'était pas la même. Le doigt sentait la prostate dure, bosselée, enflammée.

L'épreuve du massage alors pratiquée fut définitive. La vessie fut préalablement vidée, puis emplie d'une solution antiseptique d'oxycyanure ; on massa la prostate une minute environ. Le liquide émis par le malade n'était plus clair et contenait des flocons purulents, des grumeaux, des filaments nombreux. C'était la signature de la prostatite, et le diagnostic ne pouvait plus être différé.

Cette pyurie persistante et les autres signes provoqués l'accompagnant furent retrouvés chez les quatre autres malades qui présentèrent cette complication, et chez tous l'examen des autres organes génito-urinaires fut négatif. Dans les cinq cas, il s'agissait donc bien et uniquement de prostatite restante chronique, sans accès aigu l'ayant précédée. L'examen microscopique des urines vint confirmer, dans un cas, l'existence de la suppuration.

A côté de nombreux coli-bacilles, on voyait des cellules de pus en énorme abondance. Aucun autre élément microbien spécifique.

Pour la prostatite aiguë, le diagnostic est plus facile encore, car si le malade a l'allure d'un grand infecté, il présente un ensemble de symptômes propres à la prostatite tels qu'il est presque impossible de s'y tromper.

Douleurs à la miction et à la défécation, envies fréquentes d'uriner et impossibilité d'évacuer sa vessie : épreintes rectales. Le toucher est très douloureux, faisant sentir une prostate dure, bosselée, quelquefois même avec un abcès fluctuant. Le massage ramène au méat un vrai jet purulent.

Tous ces symptômes, joints à l'absence complète de ceux qui pourraient faire songer à une suppuration du rein, de la vessie ou de l'urèthre, empêchent de confondre avec une pyélonéphrite, une cystite ou une uréthrite.

L'incision de l'abcès prostatique, que l'on est dans ces cas souvent obligé de pratiquer très tôt, viendra lever tous les doutes.

CHAPITRE V

Etiologie

Quelle est l'étiologie de cette prostatite restante ? On pourrait se demander si cette inflammation post-opératoire de la prostate restante n'est pas le retour de lésions anciennes dans une glande revenue à son état normal après l'énucléation de l'adénome qui la comprimait.

A ce propos, il nous faut citer l'opinion de Motz, qui a constaté la fréquente coexistence, dans une proportion d'un quart au moins, de la prostatite et de l'hypertrophie de la prostate chez des sujets ayant atteint la cinquantaine comme âge. Il se demande quel rapport il y a entre la prostatite et l'hypertrophie, et, sans confondre les lésions de l'une et de l'autre, si la seconde ne trouve pas dans les lésions anciennes de la première une cause favorisante ; il ne conclut toutefois pas.

Albarran pose également la question. Ne peut-on

pas admettre, dit-il, comme cause initiale, lointaine mais possible de l'hypertrophie, la prostatite ancienne négligée ou mal guérie. Et il note, à ce sujet, l'étonnante absence de symptômes si fréquents dans les prostatites concomitantes aux hypertrophies. Mais ce n'est là, comme il le dit bien, qu'une hypothèse et qui cadre même assez mal avec ce que l'on sait actuellement de la nature de l'hypertrophie.

Et, du reste, si on admettait cette étiologie, comment pouvoir expliquer que les symptômes de la prostatite attendent, comme chez tous les malades que nous présentons, l'énucléation de l'adénome pour faire leur apparition ? Ce serait une exception à ce qui se passe dans les autres glandes de l'organisme sujettes à l'adénome.

Et puis, cette recrudescence de symptômes ne se rencontre pas dans l'opération périnéale, où cependant beaucoup de chirurgiens opèrent, sauf pour la voie suivie, comme dans le « Freyer », c'est-à-dire après avoir fendu la prostate, énucléent le lobe adénomateux en laissant autour la prostate saine faisant office de pseudo-capsule.

Là aussi, il reste bien une glande pouvant reprendre son ancienne fonction et ses états pathologiques antérieurs : cependant il n'en est rien. Aucun opérateur ne signale, en effet, à la suite d'opération périnéale, l'apparition de prostatite consécutive.

Ne serait-ce donc pas plutôt un inconvénient spécial au « Freyer » ?

Sur les neuf cas que nous présentons, quatre au moins avaient, avant l'opération, des urines claires.

Et c'est dans le deuxième mois suivant qu'elles se troublèrent et qu'apparurent les autres symptômes.

Dans l'intervention périnéale, comme nous venons de le dire, cela ne se présente pas, et cependant on peut, en s'y appliquant, laisser presque autant de prostate saine que dans la transvésicale.

Mais tandis que par le périnée on a un drainage parfait, suivant la pesanteur, par la voie sus-pubienne, au contraire, on va contre la pesanteur. La loge opératoire constitue le bas-fond d'une caverne ainsi créée par le couteau et le doigt du chirurgien. Et à la partie la plus déclive de ce bas-fond, on laisse un organe glandulaire tout prêt à servir de filtre aux sécrétions purulentes obligatoires qui accompagnent la prostatectomie.

En somme, en s'enflammant, la prostate ne fait qu'agir à l'instar de la vessie qui, nous l'avons vu, peut réagir de plusieurs façons. La cystite et la péri-cystite sont l'une et l'autre complications à craindre.

Le Für, pour sa part, attribue la suppuration prostatique post-opératoire en partie à la sonde à demeure et à la petitesse de l'adénome enlevé. Il admet même la possibilité de l'infection ancienne de la glande. Il fait jouer, du reste, comme étiologie, aux inflammations anciennes du canal et de la prostate, un rôle très important dans la production de l'adénome. Dès lors, il est normal qu'il revienne à cette idée pour tâcher d'expliquer les suppurations prostatiques, véritables abcès, qu'il eut également à constater.

Mais, pour nous, cette hypothèse de l'influence de

la prostatite ancienne sur le développement de l'hypertrophie n'étant pas prouvée, nous préférons admettre comme cause à cette prostatite restante elle-même le drainage défectueux qui ne permet pas aux stagnations purulentes de s'évacuer sans imprégner la prostate.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic de la prostatite restante n'est jamais fatal, quelle que soit la forme.

La forme aiguë, elle-même, n'entraîne jamais le malade. Elle favorise les phénomènes d'ordre général : température, frissons, langue sèche, anurie et les localisations infectieuses pulmonaires toujours graves. Elle peut même entraîner l'épididymite et amener par propagation la fonte purulente du testicule.

Localement, elle retarde la cicatrisation de la plaie hypogastrique, en favorise la fistulisation et entretient ainsi le malade dans un état de moindre résistance, retardant le résultat fonctionnel cherché par la prostatectomie. Trois semaines ou un mois suffisent, en général, si on commence le traitement assez tôt.

La forme subaiguë et chronique comporte un pronostic beaucoup plus bénin, mais à plus longue

échéance. Non seulement elle n'est jamais fatale, mais encore elle ne s'accompagne pas d'accidents généraux. Elle n'entrave pas la cicatrisation de la plaie vésicale, ne compromet nullement le résultat fonctionnel de l'opération.

Seulement, elle est une source d'infection torpide pour le malade, et, au point de vue psychique, elle a un gros intérêt pour lui parce qu'elle nuit dans son esprit au résultat obtenu. En plus, et c'est le point le plus important peut-être, sa constatation et son diagnostic précoces évitent au malade les traditionnels et irritants lavages au nitrate d'argent que l'on oppose habituellement aux pyuries supposées d'origine vésicale.

Le pronostic doit être à beaucoup plus longue échéance dans *les formes chroniques* et pour les sujets âgés. Le premier malade que nous présentons garda du pus dans les urines pendant deux longues années. Trois autres, plus heureux, s'en débarrassèrent en quelques semaines. Le dernier n'est pas encore guéri, quoique très amélioré par le traitement qui est celui dont nous allons parler.

CHAPITRE VII

Traitement

Forme aiguë :

Dans la prostatite aiguë, véritable abcès de la prostate, le traitement doit être dirigé à la fois contre l'élément infectieux et contre l'élément douleur.

Les bains de siège chauds, les lavements tièdes, les suppositoires calmants ont, en général, raison de cette dernière. Contre la pyurie sans abcès, les massages doivent être commencés sitôt l'affection dépistée. Ils se font de la façon suivante :

Le malade ayant complètement vidé sa vessie, celle-ci est remplie de liquide antiseptique, oxycyanure par exemple. On met en position et en pratique un massage léger d'une minute environ. Le réflexe inhibiteur passé, le malade pisse à nouveau, évacuant alors le produit de sécrétion purulente des acini glandulaires enflammés.

On recommence ainsi trois fois par semaine ; le

résultat observé chaque fois renseigne, comparé au produit du massage antérieur, sur l'efficacité du traitement.

En général, si l'infection est limitée à l'élément glandulaire, on obtient, au bout de quelques séances, huit à dix environ, un éclaircissement notable de l'urine.

Si, au contraire, il y a un abcès prostatique, on a recours à l'incision. Cette dernière se pratique, soit par le périnée, soit par le rectum. Le Für, dans un cas semblable, a profité de la fistule hypogastrique, et, avec le doigt, est allé crever la poche purulente dont le contenu jaillit dans la vessie.

Les grands lavages uréthro-vésicaux sont ensuite installés comme précédemment.

Forme chronique :

Le traitement se fait ici, comme dans la forme aiguë, par les massages combinés aux lavages uréthro-vésicaux. Ils se font au plus souvent trois fois par semaine et se continuent pendant bien plus longtemps.

Si, malgré ce traitement effectué durant quelques mois, l'urine reste trouble, et si les massages continuent à ramener dans le liquide de remplissage des filaments, des grumeaux en grande quantité, c'est qu'alors on a affaire à une forme mixte, avec inflammation glandulaire et interstitielle. Dans ce cas, il faut recourir à l'extirpation secondaire. Que peu-

vent, en effet, les massages contre une infection infiltrant le tissu musculaire ?

Cette extirpation se fera de préférence par le périnée, comme dans la prostatectomie ordinaire périnéale. Elle aura les suites immédiates de cette intervention et sera généralement suivie, témoin l'observation I, d'un amendement notable des symptômes. Néanmoins, il persiste, pendant plusieurs semaines, du louche dans les urines. L'explication suivante peut en être donnée. Il peut y avoir de l'infection ancienne de l'urèthre prostatique restant par l'apport constant qui se faisait du pus venant de la prostate. Une cure à l'eau d'Evian et 0,50 centigrammes d'urotropine par jour résolvent, en général, le tout en quelques semaines.

L'extirpation secondaire, malgré ces résultats heureux, reste cependant un moyen d'extrême ressource, car elle entraîne les ennuis de toute grande intervention. En plus, le malade, qui n'est ordinairement pas de prime jeunesse, se résout parfois difficilement à envisager l'hypothèse d'un second essai, alors qu'il n'est pas encore guéri du premier. Et l'on doit, chez ces malades âgés plus que chez tous autres, tenir un grand compte de l'état moral.

CHAPITRE VIII

Anatomie pathologique

Sur les neuf malades que nous présentons, deux seulement furent opérés secondairement de leur prostatite restante.

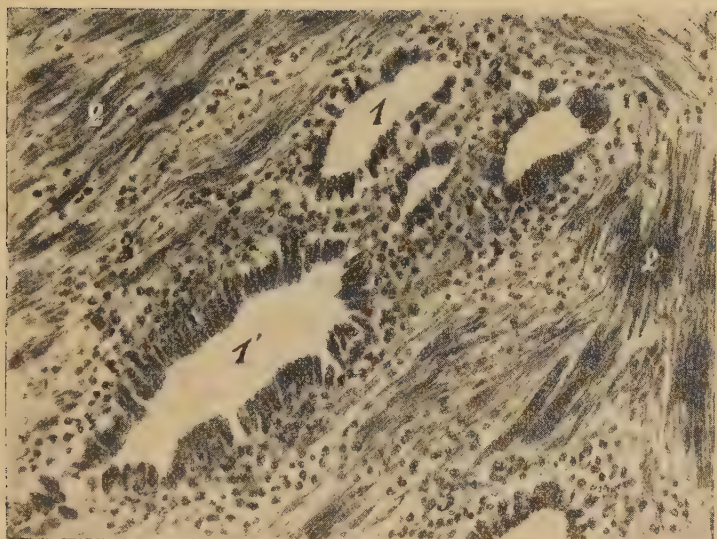
Dans le premier cas, celui du docteur Le Für (symptômes d'infection avec abcès prostatique), il fut procédé, après l'extirpation, à un examen microscopique de la pièce enlevée. Cet examen montra du tissu prostatique enflammé avec de véritables destructions de suppuration.

Le second cas a trait à l'observation I, de prostatite restante chronique.

Après l'extirpation faite par lui, le docteur Gauthier fit procéder à un examen microscopique d'une coupe de cette prostate.

La réponse du laboratoire d'anatomie pathologique concordait avec les symptômes qui avaient motivé l'intervention.

Il s'agissait bien d'une prostate, mais enflammée, avec lésions glandulaires et interstitielles.



1. Acini où l'élément épithélial est presque complètement détruit.
- 1'. Acini très développé, avec intégrité de l'épithélium.
2. Tissu musculaire lisse.
3. Inflammation périacineuse et interstitielle.

En certains points, le tissu glandulaire faisait presque complètement défaut, noyé au milieu d'un tissu conjonctif très développé, avec cellules musculaires lisses très nettes.

En d'autres endroits : abondance anormale d'acini pressés les uns contre les autres.

Partout une inflammation diffuse (périacineuse et interstitielle), sans abcès véritables.

Les vaisseaux en partie obstrués ou atteints d'endartérite ancienne.

Tendance à la sclérose.

Nous reproduisons ici (1) cette coupe de prostatite restante chronique où l'on retrouve les principales lésions destructives et inflammatoires dont nous venons de parler.

Evidemment, nous ne pouvons donner que deux examens anatomo-pathologiques sur neuf malades, mais ils suffisent à montrer qu'il s'agissait bien et uniquement d'inflammation de la prostate.

Du reste, nous l'avons dit, l'affection est relativement bénigne et les cas où l'on doit en arriver à l'intervention sont heureusement rares. Le traitement ordinaire par massages et lavages uréthro-vésicaux suffisant, en général, à débarrasser les malades de cette malencontreuse complication.

(1) Le dessin que nous donnons ici de cette coupe est dû au talent de notre excellent camarade, le Dr Jean BRANCHE, que nous remercions beaucoup de l'amabilité qu'il a mise à nous rendre ce service.

CONCLUSIONS

I. — Après la prostatectomie hypogastrique pour adénome, pratiquée à la manière de Freyer par énucléation digitale, persiste une capsule glandulaire importante.

II. — Cette capsule, selon une théorie admise par le plus grand nombre des auteurs, n'est autre que la portion périphérique de la prostate normale.

III. — Un mois environ après l'opération on peut, par le toucher rectal, reconnaître que cette capsule s'est condensée. Cette condensation a reformé une prostate dont la forme et les dimensions sont celles d'une glande normale.

IV. — Cette prostate restante peut, après l'opération de Freyer, être le siège d'inflammations aiguës, subaiguës et chroniques. L'inflammation aiguë peut aller jusqu'à l'abcès.

V. — Ces inflammations, ces « prostatites », expliquent certains cas de pyuries persistantes observées à la suite de la prostatectomie hypogastrique.

VI. — Cette prostatite restante est diagnostiquée par le toucher rectal et le massage, comme toute prostatite.

VII. — C'est une complication relativement bénigne, avec une réserve toutefois pour la forme aiguë avec abcès.

VIII. — Le traitement de la prostatite restante est celui de toute prostatite. On évacuera les abcès par le périnée ou le rectum. On pourra encore les ouvrir dans la vessie avec un doigt introduit par la fistule hypogastrique.

IX. — Les formes subaiguë et chronique sont justiciables du massage combiné aux lavages uréthro-vésicaux.

X. — Dans les cas invétérés, l'ablation périnéale de la prostate restante constitue la dernière ressource.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU :

Le Président de la Thèse,

J. TEISSIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 janvier 1914.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

OBSERVATIONS

Prostatites restantes chroniques

OBSERVATION I

(D^r GAUTHIER, 1911-1912)

B. E. R. Jean, 61 ans.

A. H. — Père mort d'infection urinaire suite d'hyper-trophie prostatique.

A. P. — Bonne santé habituelle.

Pas de blennhoragie ancienne.

Depuis quelques années, une ou deux mictions nocturnes.

Depuis quelques mois trois ou quatre mictions la nuit.

Juin 1908. — Grande hématurie totale en même temps qu'une douleur aux reins et au ventre. Cette crise dure huit jours. Depuis, cinq petites hématuries, dont quelques-unes terminales. Le malade « observe » une gêne progres-

sive à vider sa vessie. Il ne doit cependant pas recourir à la sonde.

Son état général demeure excellent. Il ne maigrit pas.

9 janvier 1911. — Premier examen spécial.

Bon état général. Le cœur, les poumons sont en parfait fonctionnement. La tension normale, la digestion se fait bien.

Les urines sont claires, sans albumine ni sucre.

Les reins ne sont pas perçus.

L'urèthre n'est pas rétréci, il reçoit une boule 24 facilement. La vessie donne un résidu d'un litre d'urines claires du début à la fin de l'évacuation.

La Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate grosse comme un poing d'adulte, ferme, de consistance d'un adéno-fibrome. Elle est même perceptible par le palper hypogastrique combiné au toucher rectal.

De cet examen, on conclut qu'une prostatectomie s'impose : Le malade est relativement peu âgé. Son système viscéral est parfait, ses urines sont claires. Il a eu des hématuries, actuellement il est grand rétentionniste. Le succès paraît tellement certain qu'on ne songe pas un instant à proposer à ce malade les ennuis, toujours dangereux, de la vie cathétérienne.

Février 1911. — La prostatectomie transvésicale en un temps est pratiquée avec la technique ordinaire. On met un tube de Freyer laissé huit jours et qui fait place à d'autres tubes de dimensions décroissantes se succédant pendant deux semaines. Les lavages au nitrate d'argent en solution faible sont faits deux fois par jour pendant toute la durée du drainage. Au bout des 21 jours, on fait des lavages vésicaux par la sonde uréthrale, un calibrage uréthro-vésical au moyen de Béniqués. A la fin de la cinquième semaine, la plaie hypogastrique se ferme.

La température ne dépasse pas 38,5 la première semaine, pour retomber ensuite à la normale.

La période habituelle d'hématurie (8 jours), une fois écoulée, les urines ont l'aspect pyurique ordinaire. Cette pyurie dure encore très notable le quarantième jour suivant l'opération, date de sortie de la maison de santé.

L'urine est pissée successivement dans deux verres. Elle est purulente dans les deux, avec prédominance dans le premier qui contient de nombreux filaments très lourds, parfois même de véritables grumeaux ressemblant à des crachats nummulaires de phtisiques.

Mai 1911. — La pyurie persiste malgré les lavages réguliers au nitrate d'argent à 1/2000^e et les instillations au même nitrate d'argent à 1/100^e.

On constate le 26 mai, au toucher rectal, une prostate reconstituée : il existe un V glandulaire d'un volume normal de prostate d'adulte. La consistance est ferme, avec des bosselures résistantes.

A toucher cette glande, on songe à la possibilité de son infection tout comme pour une prostate non opérée et à l'hypothèse d'une pyurie d'origine prostatique. Cette vue s'accorde, du reste, assez bien avec le rapprochement du toucher rectal et de l'aspect de l'urine pissée dans les deux verres.

Voulant vérifier cette hypothèse, on lave soigneusement la vessie, qu'on remplit ensuite avec la solution d'oxycyanure de mercure à 1/4000^e. Ceci fait, on masse la prostate.

On fait uriner le malade qui évacue alors, flottant dans l'oxycyanure, de nombreux filaments purulents. Le diagnostic s'affirme : l'hypothèse de l'inflammation de la prostate restante se confirme. Du même coup, le traitement rationnel est indiqué. Il faut faire à ce malade, atteint de prostatite, des massages de la prostate exactement comme pour un sujet non préalablement opéré.

1^{er} juillet 1911. — Trois massages par semaine sont régulièrement pratiqués depuis la découverte de la prostatite. Il est certain qu'ils ont diminué la pyurie, alors que

lavages vésicaux et instillations ne faisaient rien ; mais tout n'est pas terminé encore.

Septembre 1911. — Les massages continuent sans arrêt ; cependant le résultat ne s'affirme pas assez net : la pyurie demeure assez notable, pyurie n'ayant certainement pas de cause autre que l'inflammation de la prostate, car un examen complet des voies urinaires ne dévoile rien : simplement un peu de rougeur vésicale au cystoscope et l'urine cathétérisée dans chaque uretère est restée très claire.

Octobre 1911. — Une orchite gauche considérable, due peut-être au massage, s'installe, qui aboutira à un énorme abcès nécessitant une large incision, par où le testicule s'éliminera peu à peu.

Pendant toute sa durée, on suspend les massages.

Janvier 1912. — Toujours du pus dans les urines. La température présente des accès à 39, 39,5. Le toucher rectal fournit les mêmes données. L'état général s'altère un peu depuis l'orchite. Devant cet état désespérément stationnaire, on songe à enlever par une prostatectomie itérative la prostate restante.

Février 1912. — On pratique donc une prostatectomie par voie périnéale. On enlève deux lobes gros chacun comme une amande. Les suites de l'opération se font normales : le rétablissement est complet à la fin de la quatrième semaine.

L'examen histologique de la pièce montre une prostatite acineuse et interstitielle. Les acini sont nettement enflammés, avec, dans le stroma qui les entoure, de nombreux foyers inflammatoires, voire même de petits abcès. Il est certain que le massage ne pouvait rien contre de telles lésions.

La pyurie dès ce moment va diminuant et, en *avril 1912*, l'urine contient cependant encore quelques filaments dans le premier verre ; le second, par contre, est clair.

Il n'y a aucun écoulement uréthral. Cette légère suppu-

ration, suppose-t-on, vient de l'inflammation persistante et profonde de la muqueuse uréthrale:

Comme en juillet il persiste toujours une légère pyurie, on conseille la cure d'Evian. Le malade en revient très amélioré, se levant à peine une fois la nuit de temps à autre, retenant très bien ses urines le jour quatre ou cinq heures, pissant une urine clarifiée. On peut enfin parler de guérison. Il y a deux ans que l'opération transvésicale a été pratiquée.

OBSERVATION II

(D^e GAUTHIER)

B., 55 ans. 1911.

A été vu pour la première fois le 16 février 1911 pour une rétention complète d'urines datant de 8 jours. Depuis le commencement de la rétention, il a été sondé deux fois par jour d'une façon médiocre. Il en résulte qu'il est infecté. D'ailleurs, malgré ces sondages, le malade souffre beaucoup. Il urine par regorgement. L'urine est louche, le gland et le méat sont enflammés.

Le cathétérisme est impossible avec une sonde de Nélaton. Il est réalisé avec une sonde à bécuille n° 18. Il permet de retirer 1.400 centimètres cubes d'urine.

La prostate est volumineuse, molle : sa dimension semble, au toucher, être celle d'une grosse mandarine.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Pas d'hypertension.

Les conditions générales et locales paraissent excellentes pour tenter une prostatectomie. Cependant, comme il s'agit d'une première crise, on essaie le cathétérisme régulier. Une infirmière est installée au chevet du malade qui est sondé six fois par jour.

15 mars. — Depuis un mois, il a été sondé six fois, puis quatre fois par jour.

Les urines se sont clarifiées, mais la fonction est loin d'être rétablie. L'urine émise spontanément a un volume égal à celui de l'urine retirée par la sonde.

D'ailleurs, le malade se lasse de la vie cathétérierne. Dans ces conditions, une prostatectomie est décidée, qui sera hypogastrique puisque la prostate est grosse, l'urine peu ou pas infectée, les viscères bons, l'état général satisfaisant.

Au début de la période de sondage, il y avait de la polyurie, avec légère albuminurie. Depuis que la vessie est régulièrement évacuée et lavée, la polyurie et l'albuminurie ont disparu.

20 mars. — Point de côté à droite, 38°.

Légère hématurie.

Rien à l'auscultation.

23 mars. — Le point de côté disparaît. L'hématurie persiste. On met une sonde à demeure.

25 mars. — Cessation de l'hématurie.

28 mars. — Prostatectomie hypogastrique suivie de la mise en place du gros tube de Freyer.

6 avril. — Suites assez bonnes. La température monte à 39 le lendemain de l'opération, pour, de là, redescendre progressivement jusqu'à être normale le 1^{er} avril, c'est-à-dire quatre jours après l'intervention.

L'urine, de 1.300 centimètres cubes avant l'opération, était tombée à 800 centimètres cubes pendant les six jours consécutifs à celle-ci. Elle atteint maintenant un litre et demi. Elle ne contient plus de sang, mais est faiblement purulente.

Le tube de Freyer est enlevé et remplacé par un drain du volume de l'index.

21 avril. — Le malade va bien.

Il a été rigoureusement apyrétique depuis le 1^{er} avril. L'urine, dont la quantité oscille entre un litre et un litre et demi, est toujours louche.

Il a été fait régulièrement deux lavages au nitrate d'ar-

gent en solution faible pendant huit jours, puis un seul. Enfin, tout drainage hypogastrique est enlevé ; on place simplement une sonde à demeure.

Le 26, on enlève la sonde à demeure en raison de la fermeture rapide de la plaie hypogastrique. Après l'ablation de la sonde, le malade à trois mictions spontanées.

29 avril. — Fermeture complète de la plaie opératoire.

9 mai. — Sortie de la maison de santé.

Excellent état général.

Mictions faciles et peu nombreuses.

Les urines sont toujours un peu louches.

18 mai. — Devant la persistance de la pyurie datant de plus d'un mois et demi, on songe à la possibilité d'une prostatite restante.

Le toucher rectal révèle une prostate de forme et de dimensions normales — en V. La consistance est ferme et bonne. Son expression fournit d'assez nombreux filaments. Il s'agit bien d'une prostatite restante.

11 juin. — Il a été fait six massages.

L'urine est maintenant claire avec quelques filaments peu importants.

A noter : que le cathétérisme, facile un mois après la prostatectomie, est maintenant impossible, même avec filiforme. Cependant, la fonction est excellente.

18 août. — L'urine est rigoureusement claire.

La fonction urinaire est très bonne. L'état général est bon. Le malade est enchanté.

Devant ces constatations, on regrette moins le rétrécissement de la région opératoire : son importance paraît nulle.

Juillet 1912. — Le malade, revu, va très bien.

OBSERVATION III

(D^r GAUTHIER)

D. E. R., 58 ans en 1910.

Bonne santé habituelle.

Viscères sains.

Pas d'albumine.

Il consulte plusieurs fois, de 1910 à 1913, pour des accès de rétention aiguë complète. Ces accès se produisent une ou deux fois l'an et se prolongent de quatre à huit jours. Dès la première crise, on en reconnaît la cause. Il s'agit d'une grosse prostate adénomateuse de la dimension d'une mandarine.

Dans l'intervalle des crises, l'évacuation vésicale est bonne. Il y a seulement un peu de pollakyurie.

Au printemps 1913, le malade revient pour une nouvelle rétention. Il raconte qu'il a eu, depuis quelques semaines, de petites hématuries.

Juillet 1913. — Les hématuries se sont répétées de plus en plus abondantes. On songe à l'existence d'un calcul. Pour vérifier cette hypothèse, on tente une cystoscopie.

Le cystoscope ne peut s'engager dans la vessie, en raison de la déformation probable de l'urèthre prostatique. Quoiqu'il en soit, devant cette complication, le malade accepte la prostatectomie hypogastrique dont on lui avait fait entrevoir l'opportunité dès les premières crises de rétention.

Les conditions générales et locales sont très favorables : les viscères sont sains, l'état général est bon, les urines sont claires dans l'intervalle des hématuries.

4 août 1913. — Prostatectomie transvésicale. — On fait sans difficulté l'énucléation en un bloc d'un adénome de la dimension d'une petite mandarine. La pièce opératoire comprend l'urèthre prostatique jusqu'à la moitié du *veru montanum*.

L'hémorragie opératoire, assez abondante, oblige à un tamponnement.

On place le gros tube de Freyer.

15 août 1913. — Les suites sont fébriles : la température est montée progressivement à 39 le quatrième jour, date de l'ablation des mèches. Elle s'est ensuite maintenue entre 39 et 38 durant quatre jours, pour redescendre à la normale. On a dû faire sauter un point de suture de la paroi.

Il y a eu un peu de péricystite.

L'hématurie post-opératoire a cessé. Il y a un peu de pyurie.

On enlève le tube de Freyer qu'on remplace par un drain debout plus petit.

20 août. — Malgré des lavages biquotidiens au nitrate d'argent en solution faible, la pyurie augmente. Le malade est apyrétique.

30 août. — Le drainage hypogastrique est réduit à peu de chose. La pyurie diminue.

Mise d'une sonde à demeure.

Commence une orchite droite ; à remarquer que les canaux déférents n'avaient pas été liés.

5 septembre. — On retire la sonde à demeure.

La plaie hypogastrique est complètement fermée. La température montée à 39, sous l'influence de l'orchite, est redevenue normale.

La pyurie est stationnaire.

20 septembre. — Le malade quitte la maison de santé.

Il urine bien : son canal assoupli par le passage de quelques Béniquéés est perméable.

Pas de pollakiurie, mais une pyurie manifeste ; quand on fait uriner dans deux verres un certain temps après

une miction, on note que l'urine du premier verre est louche avec de nombreux grumeaux, que celle du second est claire, ne contenant plus que quelques filaments.

En touchant la région opérée par le rectum, on reconnaît très bien un V prostatique de forme et de dimension normales, dont la consistance est résistante, avec quelques nouures. Son expression, après remplissage de la vessie, fournit de nombreux filaments purulents. Ce massage donne la preuve que la pyurie persistante est due à une prostatite restante.

15 novembre. — Depuis deux mois, on fait régulièrement des massages de la prostate. La pyurie a diminué mais n'a pas disparu. Le toucher de la prostate est meilleur. La glande est maintenant souple, sans nodosités. Sauf la pyurie du premier verre, le malade irait parfaitement bien. Il évacue sa vessie à très longs intervalles, n'est pas réveillé la nuit par des besoins d'uriner. Les mictions sont très faciles. L'urèthre admet facilement un Béniqué 50. Il n'y a aucun résidu. Le massage ramène toujours des débris, en moindre quantité, il est vrai.

En plus des massages, on a essayé des instillations au nitrate d'argent. Elles ont eu un moins bon effet que les massages. Et finalement on a dû s'en tenir à ceux-ci.

On conseille, se rappelant le bon effet de la cure d'Evian sur le malade n° 1, de boire de l'eau d'Evian, le matin à jeun, à raison de deux grands verres.

1^{er} décembre. — Etat stationnaire.

25 décembre. — Mieux léger.

OBSERVATION IV

(D^r GAUTHIER)

R. A. O., 53 ans. 1913.

Dysurie depuis 5 ans, mais depuis dix ans le malade avait observé de la pollakiurie. Il eut plusieurs accès de rétention aiguë.

L'état général est resté bon.

L'hiver, il tousse un peu.

23 août 1913. — Cœur et poumons en bon état.

Urines : Elles sont claires, mais bien colorées. Ne contiennent pas d'albumine.

Urèthre : Le calibre en est bon.

La vessie donne un résidu de 100 centimètres cubes.

Il s'agit d'une prostate adénomateuse de la dimension d'une petite pomme.

Le malade demande la prostatectomie pour être débarrassé des accès de rétention aiguë qui vont se répétant, et aussi de la dysurie habituelle.

4 septembre. — Prostatectomie sus-pubienne.

Enucléation facile d'un adénome de la dimension d'une pêche moyenne qui vient en bloc. Hémorragie de moyenne intensité bien arrêtée par un tamponnement.

8 septembre. — Le malade a eu 38,7 le 6 au soir. La température est ensuite descendue progressivement jusqu'à 37 le sixième jour.

On enlève alors, sous anesthésie, les mèches, mais on laisse le tube de Freyer.

12 septembre. — A eu 38,8 le soir de l'ablation des mèches. Cela n'a pas duré. Le 12, en effet, on enlève le tube de Freyer et on met une sonde de Malécot n° 30.

24 septembre. — On enlève la sonde de Malécot et on met une sonde à demeure. L'urine est un peu louche. Il n'y a pas de température.

26 septembre. — La fistule ne donne plus d'urine.

28 septembre. — On enlève la sonde à demeure. La plaie hypogastrique est sèche. L'urine est demeurée louche.

On passe facilement des Béniqués suivis de lavages journaliers depuis l'ablation de la sonde à demeure. Le 5 octobre, le malade fait un 38.

Enfin, le 15 octobre, le cathétérisme devient difficile pour devenir totalement impossible le 20. Malgré tous les artifices : sonde, baguette à grande courbure, avec ou sans mandrin, filiforme armée, il est impossible de passer et on n'insiste pas. Désormais, on fera des lavages uréthro-vésicaux à l'oxycyanure de mercure, sans sonde.

25 octobre. — Le malade, qui urinait bien il y a quinze jours, voit son jet diminuer de plus en plus.

Les urines sont louches. On pense à la prostatite restante. L'examen systématique la fait découvrir.

15 novembre. — Les massages commencés sitôt le diagnostic fait ont déjà clarifié sensiblement la pyurie, mais la dysurie est de plus en plus grande.

20 novembre. — L'urétroscopie permet d'introduire une filiforme armée dans la vessie par un orifice infundibuliforme que l'on découvre dans la région opératoire.

Sur cette sonde, on visse des bougies de plus en plus grosses jusqu'au n° 16.

25 novembre. — Le résultat de la dilatation est bon. La dysurie est moins prononcée. Depuis la dilatation, l'urine se clarifie plus rapidement.

Dans ce cas, évidemment, la pyurie était en partie due à la prostatite et au rétrécissement cicatriciel. Néanmoins, les massages ont donné un résultat suffisant pour qu'on

puisse attribuer à la prostatite restante en grande partie la pyurie persistante.

20 décembre. — On fait une nouvelle intervention.

La cicatrice hypogastrique est éventrée. On introduit, par en haut, un doigt qui servira de contrôle au cheminement d'un Béniqué moyen introduit par l'urèthre jusqu'au rideau muqueux qui est aussi crevé d'avant en arrière, sous le contrôle du doigt intra-vésical.

Une sonde à demeure est installée, qu'on enlève dix jours après.

A ce moment, les urines redeviennent claires. Néanmoins, le massage de la prostate continue à ramener des filaments.

5 janvier. — Les urines se clarifient beaucoup sous l'influence des massages combinés aux lavages uréthro-vésicaux.

OBSERVATION V

(D^r GAUTHIER)

Gal, 64 ans.

Il vient consulter pour la première fois, en avril 1911, pour des phénomènes urinaires : fréquence des mictions, dysurie remontant à plusieurs années et s'exagérant depuis plusieurs mois.

Examen : 4 avril.

Bon état général : urines claires sans albumine.

Bon canal.

Résidu vésical : 250 grammes.

Prostate rectale de la dimension d'une mandarine.

Poumons, cœur normaux.

Une prostatectomie est décidée et faite sans difficulté le 10 avril.

15 avril 1911. — Suites normales.

1^{er} juin. — Les urines restent louches : on songe à la prostatite. Le massage de la prostate restante est positif.

Il est fait quelques massages.

Le 20 juin, on note que, sauf quelques filaments insignifiants, l'urine est claire.

A noter qu'il n'a pas été mis de sonde à demeure et que le calibre de l'urèthre est resté bon. Il s'agit d'une forme bénigne.

Prostatites aiguës

OBSERVATION I

(D^r LE FÜR)

M. L., 57 ans.

Depuis vingt ans, à la suite d'une blennorragie compliquée d'orchite, il a des symptômes de prostatite. Depuis six ou sept ans, il se lève deux ou trois fois la nuit pour uriner. Depuis un an, les difficultés à uriner et la fréquence nocturne vont en augmentant. Depuis quelques mois, le malade urine même la nuit au lit. Spasmes fréquents du col. En même temps apparaissent des symptômes d'insuffisance rénale. (Bouche et langue sèches ; troubles gastro-intestinaux ; perte de l'appétit ; état général mauvais.) La vessie est distendue ; le malade urine de plus en plus difficilement. Il a 500 à 700 grammes de résidu.

La prostate est petite, plutôt dure.

A la cystoscopie, on voit une vessie à colonnes ; on constate, au niveau du col, un lobe médian très net.

A cause de l'état des reins, on se décide à faire une prostatectomie en deux temps.

Le 5 mars 1913, on fait une cystostomie. On trouve une prostate petite par l'exploration intra-vésicale, mais au doigt on sent nettement le lobe médian.

19 mars. — On fait l'énucléation d'un lobe médian gros comme un haricot.

Les suites opératoires sont parfaites.

Mais aussitôt après la suppression du tube intra-vésical et la mise de la sonde à demeure, soit douze jours après l'énucléation du lobe médian et deux jours après la pose de la sonde à demeure, les urines qui, jusque-là, étaient claires, deviennent troubles. En même temps, le malade se plaint de douleurs au fondement.

Le toucher rectal montre les deux lobes de la prostate saillants et douloureux, surtout le gauche.

La pression fait sourdre par l'urèthre, chaque fois qu'on masse, une cuillerée à soupe de pus.

On guérit cette suppuration prostatique par des lavements, des suppositoires, des massages de la prostate pratiqués régulièrement, chaque jour, après un lavage uréthro-vésical à l'oxycyanure.

Durée de cette suppuration prostatique : trois semaines environ. Cette suppuration empêche la fermeture de la plaie hypogastrique qui est fistuleuse durant deux mois. Il faut l'aviver pour en obtenir la cicatrisation définitive.

Revu plusieurs mois après, le malade vide parfaitement sa vessie. Ses urines sont claires.

Conservation des fonctions génitales : éjaculation normale.

OBSERVATION II

(D^r LE FÜR)

Général B., 67 ans.

Passé urinaire très chargé.

Il y a 5 ans, uréthrotomie intense pour rétrécissement serré.

Il y a 3 ans, taille hypogastrique pour calcul vésical.

A ce moment, il fut déjà senti, saillant dans la vessie, un lobe gauche ; mais, le malade n'éprouvant pas de symptômes de prostatisme, on n'avait pas fait d'énucléation. On est cependant obligé d'y arriver parce que, comme beaucoup de calculeux opérés de leurs calculs, il vide beaucoup plus mal sa vessie. Les difficultés à uriner augmentent ; le résidu vésical varie de 300 à 500 grammes. Mais survenaient des poussées d'infection pénibles pour le malade. On arrive cependant à désinfecter complètement la vessie avant l'opération et la prostatectomie transvésicale est pratiquée en un seul temps. Les urines du malade étaient tout à fait claires.

La partie bilobée de la prostate enlevée était grosse comme une petite mandarine.

Les suites opératoires sont parfaites. La température ne dépasse jamais 37,6. Au septième jour, le sang disparaît complètement des urines qui deviennent ensuite tout à fait claires. Suppression du drain vésical au douzième jour et mise d'une sonde à demeure.

Les urines se troublent aussitôt. Le pus dans les urines devient même assez abondant.

Des lavages vésicaux d'abord par la sonde, ensuite directement par l'urèthre, clarifient beaucoup l'urine qui, cependant, reste toujours un peu trouble.

Le malade sort de la maison de santé en excellent état, mais non complètement désinfecté.

On lui pratique l'exploration de l'urèthre avec une boule olivaire qui montre la région prostatique dure et presque calcifiée.

Un mois et demi après l'opération, le malade est pris de frissons, fièvre à 39, mauvais état général, douleurs au périnée et au fondement.

On constate la prostate grosse et douloureuse. La pression provoque l'évacuation d'une certaine quantité de pus. En même temps apparaît une orchite qui prend de volumineuses proportions, se met à suppurer, d'où formation de fistules par où s'élimine une partie de testicule sous forme de fungus.

Guérison de l'abcès de la prostate, sans incision, par des massages réguliers et des lavages uréthro-vésicaux. Les fungus du testicule suppurent assez longtemps sous forme de plaie atone pendant près d'un mois. Le malade, qui avait présenté, au moment de la suppuration prostatique et testiculaire, de la congestion pulmonaire (crachats sanguinolents), se remet complètement de cette alerte. Mais, dit-il, cette suppuration l'avait affaibli plus que l'opération.

OBSERVATION III

(D^r LE FÜR)

V., 63 ans.

Rétention complète depuis plusieurs années.

La prostatectomie transvésicale permet d'enlever un adénome gros comme une noix, faisant saillie dans la vessie. Les suites opératoires sont bonnes : cependant, de temps en temps, petites poussées fébriles à 38, 38,5.

Vingt jours après l'opération, sept jours après l'ablation du drainage vésical et la mise de la sonde à demeure, la fièvre monte à 39. L'état général devient mauvais. Le toucher rectal montre un gros abcès de la prostate au niveau du lobe droit. Une incision périnéale permet d'évacuer un demi-verre de pus contenu au centre d'une poche ou paroi glandulaire dont on résèque une partie et que le microscope montre être du tissu prostatique.

En somme, toute la prostate avait été conservée après l'opération et c'est dans le tissu glandulaire qu'avait pris naissance la suppuration prostatique. C'est ce que confirme l'incision par le périnée.

Guérison.

OBSERVATION IV

(D^r LE FÜR)

S., 50 ans.

Rétention chronique incomplète.

600 grammes de résidu.

La cystoscopie montre un lobe médian saillant dans la vessie.

On pratique la prostatectomie transvésicale qui permet d'enlever un lobe médian saillant de la grosseur d'une grosse noisette.

Au dixième jour après l'opération, deuxième jour après la mise de la sonde à demeure, apparition de symptômes généraux : 40°, et de symptômes locaux (épreintes rectales, prostate saillante et douloureuse au toucher rectal). On porte le diagnostic d'abcès de la prostate.

On évacue en introduisant l'index par l'orifice hypogastrique et en effondrant la coque glandulaire au niveau de la plaie hypogastrique. Il sort un flot de pus.

La guérison est rendue complète par des massages associés aux lavages uréthro-vésicaux et aux lavements chauds.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*,
LE DENTU et DELBET, tome IX, page 526, 1900.
- CIECANOWSKI. — *Revue de Chirurgie de Varsovie*, 1899.
— *Annales des organes génito-urinaires*, page 567,
1901.
- GOLDBERG. — *Centralblatt für Chirurgie*, page 201, 1907.
- FREYER. — Hypertrophie de la prostate, 1908.
- MOTZ. — Contribution à l'Etude de l'hypertrophie prostatique, 1896.
- MOTZ et PEARNEAU. — *Annales des maladies génito-urinaires*, n° 20, 15 octobre 1905.
- Rapport du Congrès international d'Urologie de Londres 1911.* — Communication de M. le D^r Gauthier.
- Journal d'Urologie* 1912. — Prostatite chez un prostatectomisé (MARION), page 783.
- Rapport de l'Association française d'Urologie* 1913 (17^e session). — Communication du D^r Le Für. — Discussion du D^r Gauthier.
- RAFFIN. — Thèse de Fouqué, Lyon, 1913. — Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I. — Avantages et inconvénients de la prostatectomie sus-pubienne	19
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique de l'hypertrophie de la prostate	25
CHAPITRE III. — Symptomatologie de la prostatite restante..	31
CHAPITRE IV. — Diagnostic de la prostatite restante.....	34
CHAPITRE V. — Etiologie de la prostatite restante	37
CHAPITRE VI. — Pronostic de la prostatite restante.....	41
CHAPITRE VII. — Traitement de la prostatite restante	43
CHAPITRE VIII. — Anatomie pathologique de la prostatite restante.....	46
CONCLUSIONS	51
OBSERVATIONS.....	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	75



Saint-Etienne. — Imprimerie de « La Loire », place Marengo, 16.
